

COMISIA DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE

CERERE

Subsemnatul reprezentant legal
al **furnizorului***.....
cu următoarele date de identificare: cod fiscal localitatea
str. nr.
județul telefon fax e-mail
..... solicit evaluarea sediului lucrativ / cabinetului/ punctului de
lucru situat în localitatea str.
nr. județul telefon fax.....
e-mail

Anexez documentele solicitate conform art. 4 din Anexa 2 la Ordinul ministrului Sănătății și
al președintelui CNAS nr. 3168/3720/2023.

Reprezentant legal,

Nume și prenume

Data

Semnătură

* se va menționa numele furnizorului, categoria de furnizori și activitatea pentru care se solicită evaluarea/
specialitatea cabinetului